

Démarche : ARS Hauts-de-France - appel à candidatures permanent personnalités qualifiées-conseil de surveillance des EPS

Organisme : Service gestion des ressources humaines hospitalières, Hauts-de-France ARS

## Identité du demandeur

Email

Civilité

Nom

Prénom

## Formulaire

La présente démarche vise à recueillir les candidatures aux sièges de personnalités qualifiées des conseils de surveillance des établissements publics de santé de la région Hauts-de-France devenus vacants ou restants à pourvoir suite à l'appel à candidatures lancé dans le cadre du renouvellement du collège des personnalités qualifiées.

### Identification de l'établissement pour lequel vous candidatez au siège de personnalité qualifiée du conseil de surveillance

#### Préciser la commune d'implantation de l'établissement public de santé pour lequel la candidature est présentée

Préciser le département d'implantation de l'établissement public de santé pour lequel la candidature est présentée (la liste des établissements disposant de sièges de personnalités qualifiées vacants est en ligne sur le site internet de l'ARS).

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Aisne
- ☐ Nord
- ☐ Oise
- ☐ Pas-de-Calais
- ☐ Somme

#### Commune d'implantation de l'établissement

Préciser la commune d'implantation de l'établissement public de santé pour lequel la candidature est présentée (la liste des établissements disposant de sièges de personnalités qualifiées vacants est en ligne sur le site internet de l'ARS).

#### Nom de l'établissement

Préciser le nom de l'établissement public de santé pour lequel la candidature est présentée (la liste des établissements disposant de sièges de personnalités qualifiées vacants est en ligne sur le site internet de l'ARS).

## Identification du candidat / de la candidate

### Civilité

☐ Mme

☐ M.

### Nom du candidat / de la candidate

Préciser votre nom

### Prénom du candidat / de la candidate

Préciser votre prénom

### Adresse

Préciser votre adresse

### Adresse électronique

Merci d'indiquer votre adresse électronique

### Numéro de téléphone

Merci d'indiquer vos coordonnées téléphoniques

### Profession

Merci d'indiquer votre profession ou ancienne profession si vous êtes retraité (e)

### Pièce d'identité

## Motivation du candidat / de la candidate

### Motivation du candidat / de la candidate

Décrivez vos motivations pour siéger en qualité de personnalité qualifiée au conseil de surveillance de l'établissement

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièce justificative

**Siégez-vous actuellement au sein du conseil de surveillance de l'établissement en qualité de personnalité qualifiée ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## Attestations

**J'atteste sur l'honneur de l'authenticité des informations renseignées dans le présent formulaire**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**J'atteste ne pas être concerné(e) par les incompatibilités et incapacités listées avec les fonctions de membre du conseil de surveillance**

L'article L6143-6 du code de la santé publique liste les incompatibilités et incapacités avec les fonctions de membre du conseil de surveillance d'un établissement public de santé

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ Attestation de non incompatibilités - incapacités avec les fonctions de membre du conseil de surveillance de l'établissement

Merci de renseigner, dater et signer l'attestation de non incompatibilités - incapacités avec les fonctions de membres du conseil de surveillance de l'établissement pour lequel vous candidatez